

16. Har du genomgått någon behandling som syftat till att få bättre syn? Ja Nej

17. Smittsam sjukdom (HIV, hepatit, annan leversjukdom)? Ja Nej

Om ja, vilken/vilka: _____ Har i nuläget: _____

18. Herpes (mun, ansikte)? Ja Nej

19. Har du ofta allvarliga infektionssjukdomar (hals, bihålor, öroninflammation, andra)? Ja Nej

20. Har du uppsökt sjukvård utomlands senaste 10 åren? Ja Nej

21. Har du tidigare blivit opererad? Om ja, för vad? _____ Ja Nej

22. Har du fått narkos tidigare? Ja Nej

23. Har du fått lokalbedövning tidigare, t.ex hos tandläkaren? Ja Nej

24. Några onormala reaktioner vid narkos / lokalbedövning? _____ Ja Nej

25. Får du vanligtvis fula ärr (hårda, röda, upphöjda)? Ja Nej

26. Har du lätt att få blåmärken eller upplever du dig vara lättblödande? Ja Nej

27. Röker du? Hur mycket per dag? _____ sedan _____ år
Har du rökt? Hur mycket per dag? _____ under _____ år

28. Ange på baksidan av detta papper ALLA mediciner och naturläkemedel som du tar regelbundet OCH de mediciner du tar vid behov.

29. Ange på baksidan av detta papper alla vitaminer, kosttillskott samt ev. konsumtion av grönt te.

30. Har du behandlats med Botox eller med s.k Fillers (Restylane, Juvederm etc.)? Ja Nej

31. Psykiska besvär (depression, ångest, överkonsumtion av alkohol eller mediciner)? Ja Nej

32. Har du haft kontakt med psykiatriker eller psykolog senaste 5 åren? Ja Nej

33. Vi vore tacksamma för information om hur du har uppmärksammat MajaKliniken. Via tidningsannons, internet-annons, sökmotor på nätet (ex. google), bekant, annat?

Jag intygar härmed att hälsoschemat är korrekt ifyllt:

.....
Datum och signatur



MAJAKLINIKEN